

# *Saúde sexual dos adolescentes: conhecimentos, riscos e mitos.*

Maria ARAÚJO ANTUNES

Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

[maria.ines.antunes@gmail.com](mailto:maria.ines.antunes@gmail.com)

## **ÍNDICE**

<b>Lista de abreviaturas</b>	<b>3</b>
<b>Resumo</b>	<b>4</b>
<b>Abstract</b>	<b>6</b>
<b>Introdução</b>	<b>8</b>
<b>Materiais e Métodos</b>	<b>10</b>
<b>Procedimentos gerais para colheita de informação</b>	<b>10</b>
<b>Inquérito</b>	<b>10</b>
<b>Análise estatística</b>	<b>11</b>
<b>Ética</b>	<b>12</b>
<b>Resultados</b>	<b>13</b>
<b>Discussão</b>	<b>19</b>
<b>Conclusão</b>	<b>24</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>26</b>
<b>Anexos</b>	<b>29</b>
<b>Anexo 1</b>	<b>30</b>
<b>Anexo 2</b>	<b>33</b>
<b>Anexo 3</b>	<b>34</b>
<b>Anexo 4</b>	<b>35</b>

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**IST:** Infecção Sexualmente Transmissível

**SPSS:** Statistical Package for Social Sciences

**VIH:** Vírus da Imunodeficiência Humana

**STI:** Sexual Transmitted Infection

**HIV:** Human Immunodeficiency Virus

**HSV:** Vírus Herpes Simplex

**HPV:** Papiloma Vírus Humano

## RESUMO

**Introdução:** A saúde sexual é parte importante da saúde e desenvolvimento dos jovens, sendo os comportamentos sexuais e seus riscos um importante aspeto de saúde pública. O presente artigo visa avaliar as fontes de informação e mitos sobre sexualidade e o risco de infeção por ISTs e gravidez não planeada nos adolescentes.

**Materiais e métodos:** O estudo foi realizado numa escola secundária, onde foi escolhida uma amostra de 100 adolescentes do 10º e 11º anos. Foi aplicado um questionário anónimo de 19 perguntas de resposta fechada. Foi utilizado o programa SPSS para realizar a análise dos dados.

**Resultados:** A principal fonte de informação sobre assuntos de sexualidade procurada pelos inquiridos foi a internet, apenas 62% dos inquiridos referiu esclarecer dúvidas sobre sexualidade junto dos pais e a maioria dos jovens nunca frequentou uma consulta de planeamento familiar apesar de muitos referirem que seria útil ter mais apoio técnico para esclarecer dúvidas. Apenas 7% reconheceu corretamente uma lista de infeções sexualmente transmissíveis, o VIH foi reconhecido pela totalidade da amostra. O preservativo foi reconhecido pela maioria da amostra como método para evitar estas infeções e parte da amostra referiu ser possível fazê-lo com a “pílula” ou coito interrompido. A “pílula” do dia seguinte e o aborto foram considerados por parte dos inquiridos como um método contraceptivo seguro para evitar a gravidez não desejada, sendo o preservativo o método mais reconhecido (89%), seguido pela “pílula” (70%). Apenas 58% referiu ser possível engravidar durante a menstruação, 25% referiu ser possível engravidar com prática de sexo anal e a maioria referiu que só é possível engravidar por penetração ou inseminação artificial. Apenas 81% reconheceu que a “pílula” do dia seguinte pode ser prejudicial para a saúde, uma parte

dos inquiridos referiu que a masturbação e as relações sexuais durante a menstruação podem constituir perigo para a saúde.

**Conclusão:** Os resultados obtidos levam a crer no risco acrescido de ISTs e gravidez nos adolescentes. É fundamental atuar no sentido da melhoria da informação e da responsabilização dos adolescentes pelos seus comportamentos sexuais, promovendo um atraso no início da atividade sexual e a prática de sexo seguro.

## ABSTRACT

**Introduction:** Sexual health is an important part of adolescents development, becoming sexual behaviors and their risks an important aspect of public health. This article aims to evaluate information sources and myths about sexuality and the risk of sexually transmitted infections and unplanned pregnancy among adolescents.

**Materials and methods:** This study was conducted in a high school, and there was selected a sample of 100 adolescents between 10<sup>o</sup> and 11<sup>o</sup> grades. An anonymous survey with 19 questions was applied. We have used the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) to perform data analysis.

**Results:** The main information source about sexuality issues sought by respondents was the internet, only 62% of respondents clarify sexuality doubts with parents and most adolescents have never attended a family planning consultation although many of them considered that it would be useful to have more technical support for these questions. A list of sexually transmitted infections was correctly recognized by 7% of the sample, although HIV was recognized by the entire sample. The condom was recognized by the most of the sample as a method to prevent these infections however some of the respondents said that pill or withdrawal has the same effect. Pill the next day and abortion were considered by respondents as a safe contraceptive to avoid unplanned pregnancy, being condoms the most recognized contraceptive (89%), followed by the "pill" (70%).

Just 58% reported they can get pregnant during menstruation, 25% said it is possible to get pregnant with anal sex and most said that it is only possible to get pregnant by artificial insemination or penetration. Only 81% identified that pill the next day can be harmful to health, some of the respondents indicated that sexual intercourse during menstruation and masturbation can be hazardous to health.

**Conclusion:** The obtained results lead us to believe in a high risk of STIs and pregnancy in adolescents. It is essential perform on information improvement and adolescents responsibility by their own sexual behaviors, thereby promoting a later sexual activity beginning and safer sex.

## INTRODUÇÃO

Habitualmente pouco pacífica, a adolescência constitui uma fase de desenvolvimento caracterizada por profundas alterações a nível físico, psicológico, afetivo, social e familiar.

A gravidez não desejada e as ISTs na adolescência são problemas emergentes e não dissociáveis que, tendo as suas origens no passado, existem ainda e, se não forem prevenidas, continuarão a existir. A falta de conhecimento sobre sexualidade e o uso inadequado de contraceção podem levar ao seu aumento.

A atividade sexual durante a adolescência tem aumentado em todo o mundo, estando associada a um risco acrescido de ocorrência de gravidez e de ISTs neste grupo etário. A idade de início da atividade sexual é cada vez mais precoce, sendo que os valores médios variam de país para país, refletindo diferenças culturais, sociais, religiosas e educacionais. Esta precocidade no início da atividade sexual foi encontrada em estudos realizados a nível nacional<sup>1,2,3</sup> e internacional<sup>4,5,6</sup>. Um estudo realizado em jovens universitários/as portugueses mostra que a percentagem de adolescentes que já teve relações sexuais até aos 15 anos é de 5,7% e de 21,2% entre os 15 e 16 anos<sup>7</sup>.

A gravidez na adolescência tem assumido uma expressão significativa na sociedade portuguesa, sendo Portugal o segundo país da Europa Ocidental a registar maior número de grávidas adolescentes, muito embora se verifique um decréscimo. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística, em 2010 a taxa de fecundidade na adolescência situava-se nos 14,7%<sup>8</sup>.

Tendo por base o relatório das Nações Unidas para a população, atualmente existe a maior geração de jovens (15 aos 24 anos), descrita nos últimos anos<sup>9</sup>. Em 2010, verificou-se que o maior número de casos de VIH notificados ocorreu por transmissão sexual (42,1% dos novos casos). Dos novos casos registados em 2010, 1,1% corresponde à faixa etária dos 14



aos 19 anos e 33,1% ocorreu dos 20 aos 29 anos<sup>10</sup>. Segundo o ministério da saúde português, à semelhança do que se passa no resto da Europa, o número de doentes nas consultas de ISTs tem vindo a aumentar, e os adolescentes e adultos jovens são geralmente os mais afetados, assim como os que têm mais dificuldades de acesso aos cuidados de saúde.

Num estudo realizado em Portugal, verificou-se que os conhecimentos sobre as definições de planeamento familiar e IST foram respetivamente 57,1% e 56,5%. A fonte de informação sobre sexualidade eleita pelos adolescentes foi o grupo dos meios audiovisuais (35,8%), e apenas 3,2% dos adolescentes referem procurar informação nos profissionais de saúde<sup>11</sup>.

Desde tempos remotos, o Homem recorre ao mito para explicar a série de fenómenos que o transcendem. Também no caso da sexualidade, muitos são os mitos, crenças e conceções erradas que persistem. Alguns desses mitos podem mesmo levar ao aumento de gravidez e ISTs no adolescente ou condicionar a sua qualidade de vida.

A gravidez não desejada associada ao elevado número de ISTs na população adolescente, tem constituído uma preocupação por todo o mundo, tendo levado à implementação cada vez mais alargada de intervenções e aumento dos estudos de investigação. Portugal não tem fugido a este movimento internacional, tendo legislado e promovido a educação sexual nas escolas (Lei n.º 60/2009, 6 de Agosto, regulamentada pela portaria n.º 196-A/2010, 9 de Abril), após a lei do planeamento familiar ter sido criada em 1984 (25 anos antes).

São objetivos deste estudo avaliar quais as principais fontes de informação sobre sexualidade dos jovens, identificar alguns mitos sobre sexualidade na população adolescente, avaliar o risco de ISTs a que os jovens estão expostos e avaliar o risco de gravidez juvenil não desejada.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

### **Procedimentos gerais para colheita de informação**

O estabelecimento de ensino secundário foi contactado através da sua Comissão Executiva, no sentido de sensibilizar os seus docentes para a colaboração na aplicação do questionário (Anexo 1). Foram informados sobre os objetivos e métodos da investigação. Na escola, foram entregues os questionários para cada turma no total de quatro turmas (duas turmas de 10º ano e duas turmas de 11º ano). O docente responsável pela distribuição dos questionários recebeu e distribuiu os mesmos pelos diretores de turma e acordou um período para aplicação dos questionários, atendendo aos períodos de avaliação e de férias dos estudantes, docentes e restantes funcionários. Os estudantes preencheram os questionários no momento em que lhes foram distribuídos, com a presença do docente da disciplina correspondente àquela aula, assegurando, as condições de resposta individual e garantindo o respeito pelo mais estrito anonimato. Foi esclarecida qualquer dúvida na interpretação das perguntas ou na compreensão de qualquer termo técnico desconhecido. Em seguida, os questionários foram recolhidos e entregues novamente ao docente responsável, que os entregou novamente ao investigador que procedeu ao tratamento de dados.

A amostra não-probabilística, de conveniência, retirada da população-alvo, foi constituída por 100 alunos do estabelecimento de ensino secundário.

### **Inquérito**

Para recolher as informações da amostra em estudo, utilizou-se um questionário (Anexo 1). O questionário elaborado especificamente para este estudo estava dividido em três partes.

A primeira parte correspondia à caracterização da idade, ano de escolaridade e género.

A segunda parte compreendia um conjunto de questões referentes a fontes de informação sobre sexualidade, à necessidade de apoio técnico qualificado e à participação em consultas de planeamento familiar. Estas questões são de importância relevante dadas as taxas de conhecimentos na área de planeamento familiar e de ISTs já referidas, que nos fazem pensar na origem das fontes de informação e na necessidade dos adolescentes terem ajuda dos profissionais de saúde na área da Saúde Sexual e Reprodutiva para obterem respostas de forma segura e fiável.

A terceira parte era constituída por perguntas de opinião. A elevada prevalência de VIH e outras infeções sexualmente transmissíveis e o seu impacto na saúde pública justificam a necessidade de avaliar os conhecimentos sobre infeções sexualmente transmissíveis e suas formas de prevenção. Outro grupo de perguntas, desta terceira parte, correspondia a questões relacionadas com o risco de gravidez não desejada, que constitui outro ponto importante de avaliação, dada a elevada taxa de gravidez na adolescência em Portugal e tendo em conta as repercussões que pode ter na vida de um/ uma adolescente. São muitos os mitos sobre sexualidade que têm atravessado os tempos, e a ignorância e o preconceito ajudam à perpetuação de ideias erradas. Alguns desses mitos podem condicionar a saúde sexual do adolescente, daí a importância de identificar alguns desses mitos, por forma a ser possível eliminá-los através do esclarecimento. Destes pressupostos, surge mais um grupo de perguntas dentro da terceira parte do questionário.

### **Análise estatística**

As informações recolhidas para a amostra da população geral foram analisadas com a metodologia estatística descritiva usual, após a sua informatização recorrendo ao programa SPSS, versão 20 para Windows. Os resultados obtidos foram apresentados em frequência e/ou percentagem de respostas positivas e/ou negativas. Foi usado o teste qui-quadrado de

independência para avaliar a possível associação entre pares de variáveis, tendo sido considerado o nível de significância de 5%.

## **Ética**

O estudo foi autorizado pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. A aplicação do estudo foi autorizada pelo diretor do estabelecimento de ensino através do pedido de consentimento informado (Anexo 2), tendo o investigador assinado um termo de responsabilidade (Anexo 3). Foram observadas as regras de conduta constantes da declaração de Helsínquia e a legislação nacional em vigor. Foi garantida a proteção e confidencialidade das informações pessoais recolhidas, pois nenhum dos registos tinha a identificação dos participantes.

## RESULTADOS

Todos os adolescentes responderam ao questionário sendo 52% do sexo feminino e 48% do sexo masculino. A idade variou entre os 15 e os 19 anos sendo a idade média  $16,08 \pm 0,884$  anos. Metade da amostra (50%) frequentava o 10º ano e a outra metade o 11º ano.

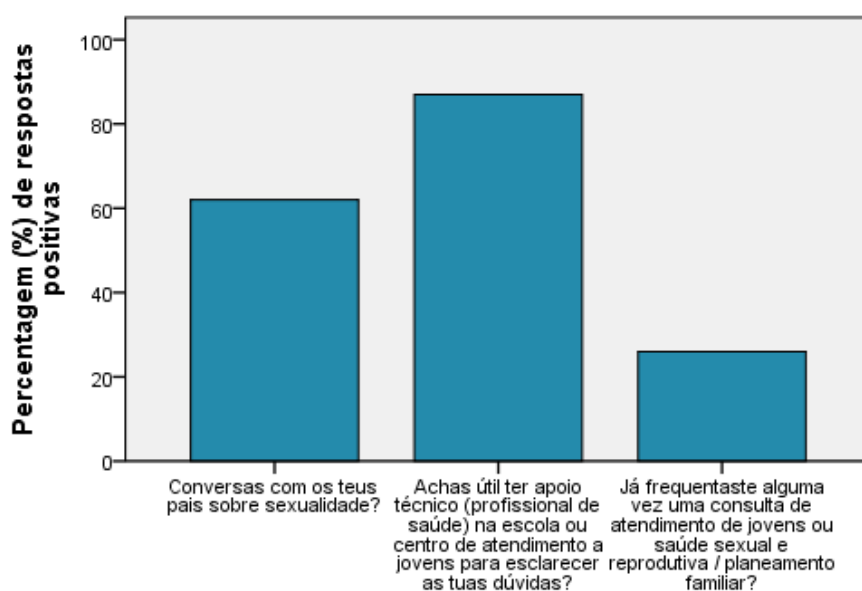
Como se verifica na tabela 1, a fonte de informação eleita pelos adolescentes para esclarecer dúvidas sobre sexualidade é a internet, sendo utilizada por 61% dos adolescentes, seguida pelos pais (44%), amigos (42%), médico ou outro profissional de saúde (33%), sendo os professores a fonte de informação menos procurada (14%).

	Respostas positivas por fonte de informação	
	N	Percentagem
Pais	44	44,0%
Amigos	42	42,0%
Internet	61	61,0%
Professores	14	14,0%
Médico/Outro profissional saúde	33	33,0%

**Tabela 1.** Respostas positivas à questão “Quando tens dúvidas sobre assuntos de relacionados com sexualidade onde procuras informação?”

Observa-se ainda uma relação entre a procura de internet e o género, recorrendo ao teste do qui-quadrado em que se observa um valor de  $p = 0,002$ , verificando-se que 77,1% do sexo masculino procura esta fonte de informação enquanto apenas 46,2% do sexo feminino recorre a esta.

Observou-se que 62% dos inquiridos revela conversar com os pais sobre sexualidade, 87% dos adolescentes pensam ser útil ter apoio técnico na escola ou centro de atendimento para esclarecer dúvidas sobre esta temática, e 26% já frequentou um consulta de planeamento familiar/ saúde reprodutiva (gráfico 1).



**Gráfico 1.** Percentagem de respostas positivas a questões sobre obtenção de informação sobre sexualidade.

Na amostra em estudo observou-se que 7% acredita perceber se uma pessoa tem uma doença sexualmente transmissível apenas pelo aspeto.

Quanto às formas que permitem evitar infeções sexualmente transmissíveis, o preservativo foi reconhecido por 98% dos inquiridos. Apenas 18% refere a vacina e 14% e

3%, respetivamente, acreditam ser possível evitar estas infeções com a “pílula” e coito interrompido (tabela 2).

	Respostas positivas por método para evitar ISTs	
	N	Percentagem
Preservativo	98	98,0%
“Pílula”	14	14,0%
Coito interrompido	3	3,0%
Vacina	18	18,0%

**Tabela 2.** Respostas positivas à questão “Como podes evitar estas doenças?”

A doença mais reconhecida pela amostra estudada foi a infeção por VIH (100%), seguida da hepatite B (69%), sífilis (58%) e HSV (48%). A infeção por HPV (30%) e por clamídia (13%) são as menos reconhecidas pelos adolescentes. Apenas 7% dos inquiridos reconheceu corretamente a lista de ISTs apresentada.

No que diz respeito aos métodos contraceptivos seguros para evitar uma gravidez, o preservativo é o mais conhecido (89%), seguido pela contraceção oral (70%), 32% dos inquiridos referem também a pílula do dia seguinte e 6% refere o coito interrompido como método seguro para evitar gravidez. O aborto é considerado por 13% dos inquiridos como método contraceptivo para evitar a gravidez não desejada (tabela 3).

Observa-se ainda uma relação entre o género e o reconhecimento da “pílula” como método contraceptivo seguro para evitar gravidez, teste de qui-quadrado com  $p = 0,004$ , sendo

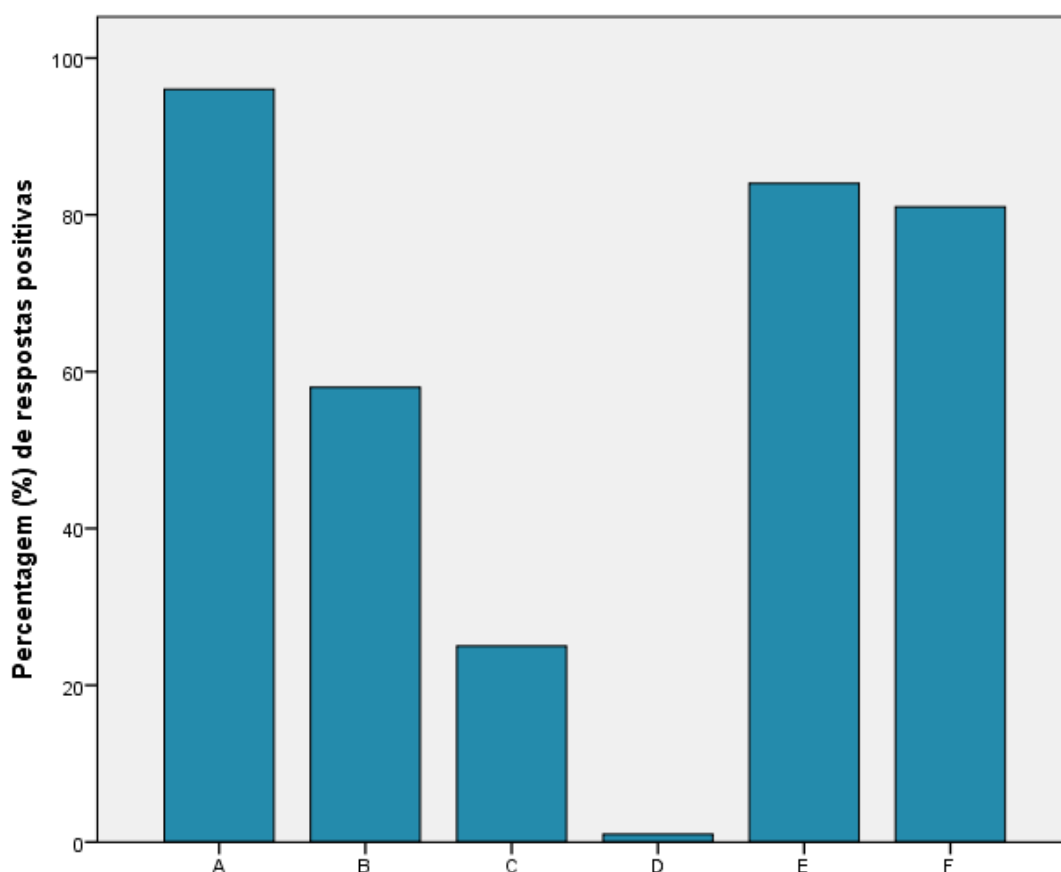
que este método é reconhecido por 82,7% dos elementos do sexo feminino e apenas por 56,2% do sexo masculino.

	Respostas positivas por método para evitar gravidez	
	N	Percentagem
Preservativo	89	89,0%
“Pílula”	70	70,0%
Coito Interrompido	6	6,0%
Pílula do dia seguinte	32	32,0%
Aborto	13	13,0%

**Tabela 3.** Respostas à questão “Qual/quais são métodos contraceptivos seguros que permitem evitar uma gravidez?”

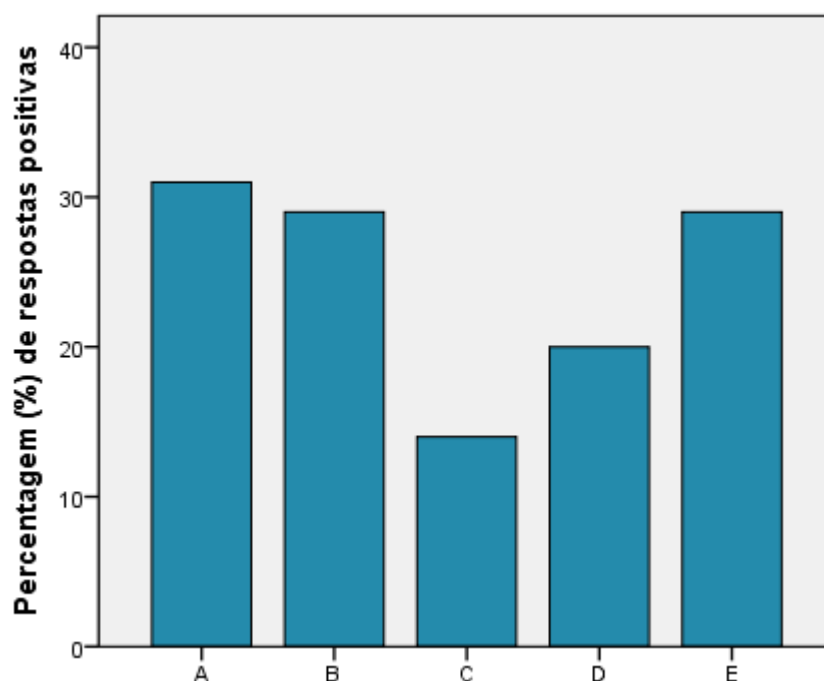
Verificou-se que 96% dos inquiridos demonstrou saber ser possível engravidar na primeira relação sexual, no entanto apenas 58% referiu ser possível engravidar durante o período menstrual. Observou-se ainda que 25% da amostra referiu ser possível engravidar com a prática de sexo anal, 1% referiu ser possível com a prática de sexo oral e 84% referiu que só é possível engravidar por penetração ou inseminação artificial. 81% reconheceu que a “pílula” do dia seguinte pode ser prejudicial para a saúde (gráfico 2).





**Gráfico 2.** Percentagem de respostas positivas às questões: A: “Achas que uma mulher pode engravidar na 1ª vez que tem uma relação sexual?”; B: “Achas que uma mulher pode engravidar durante a menstruação?”; C: “Achas que a mulher pode engravidar com a prática de sexo anal?”, D: “Achas que a mulher pode engravidar com a prática de sexo oral?”, E: “Achas que a mulher só engravida por penetração ou inseminação artificial?”, F: “Achas que a pílula do dia seguinte pode ser prejudicial para a saúde?”.

Observou-se que 31% dos inquiridos referiu que o sexo tem de envolver sempre penetração, apenas 29% referiu que o álcool é um estimulante sexual, 14% acredita que o tamanho do pénis influencia o desempenho sexual do homem, 20% acredita que a masturbação pode causar distúrbios sexuais, físicos ou psicológicos, e 29% considera ser perigoso para a saúde ter relações durante o período menstrual (gráfico 3).



**Gráfico 3.** Percentagem de respostas positivas às questões: A- “Achas que o sexo tem de envolver sempre penetração?” B-“Achas que o álcool é um estimulante sexual?” C- “Achas que um homem com um pênis maior tem melhor desempenho sexual do que um homem com um pênis pequeno?”D- “Achas que a masturbação pode causar distúrbios sexuais, físicos e/ ou psicológicos?” E- “Achas perigoso para a saúde um casal ter relações sexuais durante a menstruação?”.

## DISCUSSÃO

De acordo com os resultados apresentados verificou-se que a fonte de informação eleita para esclarecimento de dúvidas sobre sexualidade foi a internet (61%), seguida pelos pais e amigos (44% e 42%, respetivamente). A internet é sobretudo procurada pelos rapazes, 77,1% dos rapazes procuram esta fonte, enquanto no sexo feminino apenas 46,2% recorrem a ela, sendo estas informações compatíveis com outros estudos<sup>11</sup>. A Internet é cada vez mais procurada pelos adolescentes para satisfazer a curiosidade e necessidade de informação. Num estudo realizado em Nova York, verificou-se que a internet era o meio mais procurado pelos adolescentes para obter informação sobre sexualidade<sup>12</sup>. Durante o presente estudo, verificou-se ainda que a procura de internet ocorreu em 78,9% dos adolescentes que não conversam com os pais sobre sexualidade, diminuindo para 50% no grupo de adolescentes que conversam com os pais, o que pode induzir que a internet serve para colmatar a falta de informação adquirida em casa. Os adolescentes portugueses desta amostra consideram os professores (14%), o meio menos escolhido para discutir os assuntos sobre a sexualidade, apesar de outros estudos revelarem o contrário<sup>11</sup>, o que leva a crer que na amostra em questão existe ainda pouco à vontade e alguma limitação para discutir estes assuntos na escola.

Observou-se ainda que 62% da amostra conversa com os pais sobre sexualidade, apesar de apenas 44% recorrer aos pais para esclarecer as dúvidas, o que permite concluir que os pais têm mais abertura para falar com os filhos do que os filhos com os pais. Tendo em conta que um dos agentes de socialização mais importante é a família, investigações sugerem que uma atitude positiva por parte dos pais em relação à sexualidade, bom relacionamento e apoio parental influenciam no adiamento da primeira experiência sexual dos filhos, aumento da adesão à contraceção e redução de gravidez não planeada<sup>13,14</sup>.

A necessidade de adquirir informação e ajuda técnica nesta temática, observada em 87% da nossa amostra, também foi realçada noutros estudos <sup>16,11</sup>. Face à valorização do apoio técnico por parte dos adolescentes seria de esperar elevada frequência de consultas de planeamento familiar, o que não ocorre, verificando-se que apenas 26% dos inquiridos já frequentou estas consultas.

Apesar de não ser estatisticamente relevante, 7% dos entrevistados afirma conseguir perceber, pelo aspeto da pessoa, se esta é portadora de uma doença sexualmente transmissível, o que é uma questão preocupante, dado que coloca em risco a saúde do adolescente e é mais um fator que auxilia a propagação destas doenças, tornando este assunto importante em saúde pública.

Observa-se que a quase totalidade dos adolescentes (98%) reconhece o preservativo como meio de proteção contra ISTs, no entanto apenas 18% reconhece a vacina (vacina HPV) como forma de proteção. Outra observação feita foi que 14% acredita que a “pílula” pode proteger contra as ISTs. Um estudo realizado em jovens portugueses mostra valores menores, revelando que apenas 1,4% dos inquiridos refere que a “pílula” pode proteger contra VIH<sup>16</sup>.

Apenas 7% dos inquiridos reconheceu corretamente uma lista de ISTs, contrariamente ao que se verifica noutro estudo em que 56% da amostra estudada reconheceu corretamente uma lista de ISTs<sup>11</sup>. A infeção pelo VIH foi reconhecida pela totalidade da amostra, no entanto, um estudo realizado em adolescentes portugueses, revelou que só 76% dos adolescentes reconhece que é possível contrair a infeção por VIH com apenas uma relação sexual desprotegida<sup>16</sup>.

A hepatite B foi reconhecida por 69%, seguindo-se sífilis (58%) e HSV (48%). A infeção por HPV (30%) e por clamídia (13%) foram as menos reconhecidas pelos adolescentes. De facto, relativamente à incidência e prevalência de ISTs entre adolescentes, sabe-se que os novos casos têm vindo a aumentar na Europa e no Mundo, ainda que muitas

ISTs permaneçam subnotificadas<sup>17</sup>. Na Europa, em 2007, as ISTs predominantes foram a clamídia (257.000 novos casos), gonorreia (29.892), sífilis (17.651) e infecção por VIH (26.029)<sup>18</sup>. Em Portugal, a incidência de ISTs diminuiu entre 2004 e 2005, exceção feita para a clamídia<sup>19</sup>. Também um estudo do programa *Olá Jovem*, com adolescentes e jovens adultos da zona suburbana de Lisboa, revelou a presença de uma IST em 44% dos jovens que já tinham tido relações sexuais desprotegidas, sendo a clamídia a IST mais frequente, seguida pela gonorreia e hepatite B<sup>20</sup>.

Apesar de 89% dos inquiridos reconhecer o preservativo como método contraceptivo para prevenção de gravidez e de 98% reconhecer este método para evitar ISTs, um estudo realizado em adolescentes portugueses revelou que apenas 55% dos jovens usava preservativo e que 12% nunca usou<sup>11</sup>. Um outro estudo revelou que 45,8% dos adolescentes sexualmente ativos já teve pelo menos uma relação sexual sem utilização de preservativo<sup>21</sup>. Estes dados revelam discrepância entre conhecimento e atitudes, o que se torna importante, sendo ponto de interesse para intervenção na promoção de saúde e prevenção de doença. A “pílula” é reconhecida como método contraceptivo para evitar gravidez por apenas 70% dos inquiridos, sendo mais conhecido pelas raparigas (82,7%) enquanto no sexo masculino apenas 56,2% o reconhece. Também 13% dos inquiridos refere o aborto como método contraceptivo seguro para evitar gravidez, o que contribui para uma elevada taxa de interrupção médica da gravidez, que ronda 32 a 46 abortos por cada 1000 mulheres entre 15 e 44 anos, sendo que 10% se verifica em adolescentes<sup>22</sup>. O último estudo feito sobre número de abortos em Portugal foi realizado pela Federação Portuguesa pela Vida (FPV) e teve por base dados oficiais disponíveis da Direção-geral da Saúde e Instituto Nacional de Estatística, até 2010. De acordo com esses números, verifica-se que em 2010, 97% dos abortos foi por opção da mulher, sendo que 0,7% destes ocorreu antes dos 15 anos e que 11,7% ocorreu entre 15 e 19 anos<sup>23</sup>. Observou-se ainda que 32% dos inquiridos reconhece a contraceção de emergência

como forma de evitar gravidez e 81% sabe que esta pode ter repercussões na saúde, no entanto, num estudo realizado em Portugal verificou-se que 18% das adolescentes que participaram no estudo já tinham tomado a pílula do dia seguinte<sup>21</sup>. Outra observação feita no presente estudo foi que 6% dos jovens considerou o coito interrompido como método seguro para evitar gravidez; apesar de este valor ser reduzido, contribui para elevada taxa de gravidez na adolescência em Portugal.

Para esta taxa, contribui também a falta de informação relativa a situações em que pode ocorrer gravidez. De facto, 4% dos adolescentes inquiridos acreditam que não é possível engravidar na primeira relação sexual, 58 % acredita que não é possível engravidar durante o período menstrual e 84% acredita que a gravidez só é possível por penetração ou inseminação artificial. Estas ideias erradas constituem mitos, cuja repercussão já referimos. Tal como estes, existem mais ideias erradas que se observaram na amostra em estudo.

Os mitos são crenças populares que foram passando de geração em geração ao longo de séculos. Podem ter um fundo de verdade ou não e são a interpretação que os povos fazem de fenómenos naturais. Ninguém sabe precisamente como nascem algumas ideias feitas, mas a verdade é que se disseminam como uma praga e acabam por se tornar leis inabaláveis<sup>24</sup>. Na verdade, estes mitos podem ter repercussões na vida dos indivíduos, pelo que se torna fundamental interpretar e eliminá-los.

Outros mitos observados na amostra são que é possível engravidar com a prática de sexo anal (presente em 25% da amostra); para 31% dos adolescentes que participou no estudo, o sexo tem de envolver sempre penetração e para 71% o álcool não é um estimulante sexual. Um estudo realizado em adolescentes portugueses mostrou que 12,7% dos jovens já teve relações sexuais sob influência de álcool ou drogas<sup>16</sup>. Verificou-se ainda, no presente estudo, que 14% dos inquiridos acredita que um homem com pénis maior tem melhor desempenho sexual, 20% acredita que a masturbação pode causar distúrbios sexuais, físicos

ou psicológicos e ainda 29% acredita que é perigoso para a saúde ter relações durante o período menstrual. Estas são ideias erradas, de facto, e podem interferir com o normal desenvolvimento sexual dos adolescentes. É fundamental esclarecer e corrigir estas ideias através de formação mais aprofundada na temática.

Um dos objetivos a que nos propusemos foi avaliar fontes de informação sobre assuntos de sexualidade nos jovens, tendo-se observado que a maioria da informação provém da internet. Verificou-se também que apesar de a frequência a consultas de planeamento familiar ser reduzida, a maioria dos adolescentes considera útil ter apoio profissional na escola ou centro de atendimento de jovens. Outra observação feita foi que, apesar de muitos pais falarem com os jovens sobre sexualidade, quando se trata de esclarecer dúvidas, alguns jovens não recorrem aos pais. Quando falamos em risco, temos de considerar três pilares fundamentais, a informação que se refere àquilo que os adolescentes sabem, as atitudes que se referem àquilo que os adolescentes fazem e as aptidões que se referem ao modo, correto ou incorreto, como fazem. Neste estudo apenas avaliamos conhecimentos, e tendo por base este tópico, podemos considerar que esta população tem de facto risco acrescido de contrair IST e gravidez não planeada. Outro dos objetivos deste estudo foi avaliar a existência de mitos, e, tal como se esperava, verificou-se que existem mitos sobre sexualidade na população adolescente estudada.

## CONCLUSÃO

Este trabalho surge numa altura em que a incidência e prevalência de IST e gravidez se mantêm elevadas entre adolescentes, apesar de se verificar um ligeiro decréscimo. Muitas investigações têm sido feitas nesta área, abordando não só o nível de informação, mas também fontes de informação, comportamentos sexuais dos adolescentes e incidência de gravidez e ISTs.

Na opinião dos inquiridos, a internet é considerada o local de eleição para esclarecer dúvidas sobre sexualidade, ficando a família em segundo plano, seguida pelos profissionais de saúde e pela escola. Os adolescentes sentem necessidade de obter apoio técnico (profissionais de saúde) nas escolas e centros de atendimento de jovens para falar sobre esta temática. É importante realçar a falta de informação quanto às estratégias para evitar ISTs e gravidez e quanto às situações em que estas podem ocorrer, que nos leva a acreditar num risco acrescido de ISTs e gravidez a que os adolescentes estão expostos. É ainda de realçar a aceitação de certos mitos que se observa na amostra em estudo e que podem ter repercussões na vida do indivíduo.

Tendo em conta esta realidade e lembrando que a família e a escola têm grande peso na formação do indivíduo, a sexualidade deve ser tema de discussão e debate entre pais, educadores e profissionais de saúde, tendo como objetivo encontrar formas de informar e orientar os jovens para que protejam a iniciação sexual, tenham responsabilidade, autoestima e pratiquem sexo com segurança.

Em função dos resultados obtidos e tendo em vista a aplicação na área da prevenção, sugere-se:

- Realizar campanhas e projetos de sensibilização em promoção da saúde e prevenção



das doenças em que se dê espaço para os adolescentes se manifestarem, direcionadas para esclarecimento de dúvidas e discussão de ideias;

- Promover ajuda aos pais, no sentido de perceber qual a altura e a forma mais indicada para conversar sobre sexualidade com os filhos e de motivar os pais a criarem com os seus filhos uma relação de confiança e segurança que os deixe, tanto pais como filhos, à vontade para abordar esta temática sempre que surjam dúvidas;
- Promover estratégias, a nível das instituições escolares, para incremento da formação no âmbito da sexualidade, de forma científica, adequada e esclarecida;
- Efetuar ensinamentos sobre a correta utilização dos métodos contraceptivos;
- Corrigir o défice de informação, sem esquecer que, além da necessidade de melhorar a formação, é fundamental conseguir motivar os jovens para adoção de comportamentos adequados, ou seja, motivar os jovens a traduzir conhecimento em atitudes e aptidões.

Os profissionais de saúde devem ser educadores por excelência. Devem aproveitar a curiosidade e espontaneidade dos jovens e efetuar ensinamentos ajustados às suas expectativas e necessidades. Na perspetiva de aumentar a assimilação e compreensão da informação transmitida, dever-se-ão adotar métodos informativos inovadores. Por outro lado, consideramos que é fundamental avaliar os resultados das intervenções a nível dos Cuidados de Saúde Primários, ou seja, não basta fazer e ensinar, mas principalmente fazer e ensinar com a qualidade, evidenciando os ganhos em saúde alcançados.

## BIBLIOGRAFIA

1. Costa MC, Lopes C, Souza R, *et al.* *Sexualidade na adolescência: desenvolvimento, vivência e propostas de intervenção.* Pediatr (Rio J); 2001; 77 (Supl.2): S217-S22.
2. Figueiredo B, Pacheco A, Costa R, *et al.* *Gravidez na adolescência: das circunstâncias de risco às circunstâncias que favorecem a adaptação à gravidez.* Int J Clin Health Psychol; 2006; 6(1):97-125.
3. Machado A, Paula G. *Gravidez na adolescência.* Acta Médica; 1996; 6:257-64.
4. Holden G, Nelson P, Velasquez J, *et al.* *Cognitive, psychosocial, and reported sexual behavior differences between pregnant and nonpregnant adolescents.* Adolescence 1993; 28, 557-72.
5. Vesely S, Wyatt V, Oman R, *et al.* *The potential protective effects of youth assets from adolescent sexual risk behaviors.* J Adolesc Health; 2004; 34:356-65.
6. Klein J. *Adolescent pregnancy: Current trends and issues.* Pediatrics 2005; 116:281-6.
7. CNLCS (2004). *Sensibilização Nacional dos Estudantes do Ensino Superior: análise crítica.* Acessível em <http://sida.dgs.pt/aaaDefault.aspx?f=3&back=1&id=6987>, em Julho de 2012
8. Instituto Nacional de Estatística. *Anuário Estatístico de Portugal – 2010.* Ano de edição: 2011. Texto integral da publicação acessível em [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOE\\_Spub\\_boui=133813349&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=133813349&PUBLICACOESmodo=2), em Agosto de 2012
9. Fundo das Nações Unidas para a População. *A situação da população mundial em 2005 – a promessa de igualdade: equidade em matéria de género, saúde reprodutiva e objectivos de desenvolvimento do milénio.* Nova York; 2005. P.45-55.
10. Departamento de Doenças Infeciosas, Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica e Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infeciosas. *Infeção*

*VIH/SIDA: A Situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2010*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. Lisboa. Fevereiro de 2011.

11. Correia, Teresa. *Saúde Reprodutiva – Planeamento Familiar Conhecimentos e Comportamentos Sexuais Dos Adolescentes Portugueses*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto. 2004
12. Borzekowski DL, Rickert VI. *Adolescent cybersurfing for health information: a new resource that crosses barriers*. Arch Pediatr Adolesc Med; 2001 Jul;155(7):813-7.
13. Meschke L, Bartholomae S, Zentall S. *Adolescent sexuality and parent-adolescent process: promoting healthy teen choices*. J Adolesc Health; 2002; 31(3):265-79.
14. Vilar D. Falar disso: a educação sexual nas famílias dos adolescentes. Porto: Afrontamento; 2003.
15. Gomes WA, Costa MCO, Sobrinho CLN, et al. *Nível de informação sobre adolescência, puberdade e sexualidade entre adolescentes*. Jornal de Pediatria; 2002; 79: 3018.
16. Ramiro L, Reis M, Matos M, et al. *Knowledge, Attitude and Behaviour Related to Sexually Transmitted Infections in Portuguese School (Adolescent) and College Students*. Universidade Nova de Lisboa; Lisboa; 2011.
17. European centre for disease prevention and control) – *Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2010*. European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance Report. 2011.
18. European centre for disease prevention and control – *Chlamydia control in Europe*. European Centre for Disease Prevention and Control. ECDC Guidance. 2009.
19. Lisboa, C., Santo, I., Azevedo, J. E Geidst. *Rede sentinela de vigilância epidemiológica das infeções sexualmente transmissíveis em Portugal – a análise de 6 anos (2000-2005)*. Congresso VIH CPLP. 2010.

20. Granja, P.M. *Caracterização dos Comportamentos Sexuais dos Adolescentes que frequentam o Olá Jovem. APF: Sexualidade & Planeamento Familiar*. 2009; 52/53: 46-54.
21. Helena M. Silva, Sofia Ferreira, Sofia Águeda, *et al.* *Sexualidade e risco de gravidez na adolescência: desafios de uma nova realidade pediátrica*. Acta Pediátrica Portuguesa. 2012
22. Song E, Pruitt B, Mcnamara J, *et al.* *A meta-analysis examining effects of school education programs on adolescents sexual knowledge, 1960-1997*. J Sch Health 2000; 70: 413-6.
23. Federação Portuguesa pela Vida. *O aborto em Portugal desde o referendo de 2007*. Lisboa. 2012.
24. Rocha E. *O que é mito*. Editora Brasiliense.
25. Gomes A., Miguel N. *Educação sexual só para jovens*. Texto editora. 2000.

## **ANEXOS**

## Anexo 1

### Questionário



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

IDADE: \_\_\_\_\_ ANO ESCOLAR: \_\_\_\_\_ GENERO: ☐ Feminino ☐ Masculino

TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE MESTRE  
NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

ESTE QUESTIONÁRIO É ANÓNIMO E VOLUNTÁRIO

AUTORA: Maria Inês Araújo Antunes

#### FONTES DE INFORMAÇÃO

**1. Quando tens dúvidas sobre assuntos relacionados com sexualidade, onde procuras informação?**

- ☐ Pais
- ☐ Amigos
- ☐ Internet
- ☐ Professores
- ☐ Médico ou outro profissional de saúde

**2. Conversas com os teus pais sobre sexualidade?**

- ☐ Sim ☐ Não

**3. Achas útil ter apoio técnico (médico ou outro profissional de saúde) na tua escola ou centro de atendimento de jovens, para ajudar a esclarecer as tuas dúvidas?**

- ☐ Sim ☐ Não

**4. Já frequentaste alguma vez uma consulta de atendimento de jovens ou saúde sexual e reprodutiva / planeamento familiar?**

- ☐ Sim ☐ Não

#### QUAL A TUA OPINIÃO?

**5. Achas que pelo aspecto (imagem) da pessoa consegues ver se tem uma doença sexualmente transmissível?**

- ☐ Sim ☐ Não

**6. Como podes evitar estas doenças?**

- ☐ Preservativo
- ☐ Pílula
- ☐ Coito interrompido
- ☐ Vacina

Obrigada pela colaboração

Maria Inês Antunes



**7. Qual/ quais das seguintes doenças achas que podem ser transmitidas por via sexual?**

- ☐ VIH (SIDA)
- ☐ Papiloma Vírus Humano (HPV)
- ☐ Clamídia
- ☐ Herpes Simplex Vírus
- ☐ Hepatite B
- ☐ Sífilis

**8. Achas que uma mulher pode engravidar na 1ª vez que tem uma relação sexual?**

- ☐ Sim
- ☐ Não

**9. Achas que uma mulher pode engravidar durante a menstruação?**

- ☐ Sim
- ☐ Não

**10. Qual/quais são métodos contraceptivos seguros que permitem evitar uma gravidez?**

- ☐ Preservativo
- ☐ Pílula
- ☐ Coito interrompido
- ☐ Pílula do dia seguinte
- ☐ Aborto

**11. Achas que a mulher pode engravidar com a prática de sexo anal?**

- ☐ Sim
- ☐ Não

**12. Achas que a mulher pode engravidar com a prática de sexo oral?**

- ☐ Sim
- ☐ Não

**13. Achas que a mulher só engravida por penetração ou inseminação artificial?**

- ☐ Sim
- ☐ Não

**14. Achas que a pílula do dia seguinte pode ser prejudicial para a saúde?**

- ☐ Sim
- ☐ Não

**15. Achas que o sexo tem de envolver sempre penetração?**

- ☐ Sim
- ☐ Não

**16. Achas que o álcool é um estimulante sexual?**

- ☐ Sim
- ☐ Não

**17. Achas que um homem com um pénis maior tem melhor desempenho sexual do que um homem com um pénis pequeno?**

- ☐ Sim
- ☐ Não

Obrigada pela colaboração

Maria Inês Antunes



**18. Achas que a masturbação pode causar distúrbios sexuais, físicos e/ou psicológicos?**

☐ Sim   ☐ Não

**19. Achas perigoso para a saúde um casal ter relações sexuais durante a menstruação?**

☐ Sim   ☐ Não

Obrigada pela colaboração

Maria Inês Antunes



## Anexo 2

### Consentimento informado

#### Protocolo de Consentimento Informado

Prezado (a) participante

No âmbito do Mestrado Integrado em Medicina, encontro-me a desenvolver um estudo sobre a saúde sexual nos adolescentes.


Neste estudo, por meio de um questionário aplicado aos alunos da Escola Secundária de Caldas das Taipas, pretendo avaliar quais as principais fontes de informação sobre sexualidade dos jovens, identificar alguns mitos sobre sexualidade na população adolescente, avaliar o risco de infeção por VIH e outras doenças sexualmente transmissíveis a que os jovens estão expostos e avaliar o risco de gravidez juvenil não desejada.

Assim, solicitamos a sua colaboração neste estudo, ficando garantido o sigilo de todas as informações e dados recolhidos, e não lhe podendo o estudo trazer qualquer prejuízo.

Os dados serão apenas utilizados na elaboração e divulgação científica, respeitando sempre a confidencialidade da sua identidade, comprometendo-me a não usar ou divulgar nenhuma informação que possa identificá-lo (a).

Com as mais cordiais saudações

Caldas das Taipas, 04 / 06 / 2012

  
(Maria Inês Araújo Antunes, autor do estudo)

Eu, José Augusto Ferreira Araújo, tendo recebido as informações supracitadas, e ciente dos meus direitos, autorizo a Maria Inês Araújo Antunes, autora do estudo, a aplicar o estudo “Saúde Sexual nos Adolescentes”, não me opondo à utilização das informações e dados recolhidos durante o estudo, garantindo o anonimato.

Caldas das Taipas, 04 / 06 / 2012

  
(José Augusto Ferreira Araújo)



### Anexo 3

#### Termo de responsabilidade

**Termo de Responsabilidade do Investigador**

Eu, Maria Inês Araújo Antunes, estudante do Mestrado Integrado em Medicina na Universidade de Coimbra, estou a realizar um estudo sobre "Saúde sexual nos adolescentes".

Assim, pretendo conhecer opinião dos alunos da escola secundária de Caldas das Taipas, pelo que agradeço a sua colaboração ao aceitar a aplicação do questionário anexo, pedindo antecipadamente desculpa por eventuais incómodos em tempo.

O questionário é anónimo e os dados que me forem fornecidos são confidenciais, destinando-se a ser tratados em conjunto.

Assumo a responsabilidade que esses dados serão utilizados apenas para fins de investigação no âmbito da minha tese de mestrado na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, e susceptíveis de publicação, parcial ou total, em revistas médicas e da área de saúde.

O projecto de investigação tem os seguintes objectivos:

- 1 - Avaliar quais as principais fontes de informação sobre sexualidade dos jovens;
- 2- Identificar alguns mitos sobre sexualidade na população adolescente;
- 3- Avaliar o risco de infecção por VIH e outras doenças sexualmente transmissíveis a que os jovens estão expostos;
- 4- Avaliar o risco de gravidez juvenil não desejada.


O Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra autorizou a realização deste estudo.

A resposta ao questionário é facultativa, sendo o seu preenchimento considerado como expressão de consentimento informado em participar na investigação.

Grato pela sua colaboração, com as mais cordiais saudações

Maria Inês Araújo Antunes  
(Maria Inês Araújo Antunes)

Caso pretenda contactar-me, estarei disponível pelo telefone .91.643.57.53..... ou pelo e-mail .maria.ines.araújo@ua.pt



## Anexo 4

### Normas de publicação Acta Médica Portuguesa

Edição

Acta Med Port 2011

# NORMAS DE PUBLICAÇÃO ACTA MÉDICA PORTUGUESA

## I. INTRODUÇÃO

Os artigos propostos não podem ter sido objecto de qualquer outro tipo de publicação. As opiniões expressas são da inteira responsabilidade dos autores. Os artigos publicados ficarão propriedade conjunta da AMP e dos autores.

A AMP reserva-se o direito de comercialização do artigo enquanto parte integrante da revista (na elaboração de separatas, por exemplo). O autor deverá enviar com a carta de submissão a declaração de cedência de direitos de autor para fins comerciais. Relativamente à utilização por terceiros a AMP rege-se pelos termos da licença Creative commons 'Atribuição – Uso Não-Comercial – Proibição de Realização de Obras Derivadas (by-nc-nd)'.

## 1. PROCESSO EDITORIAL

A Acta Médica Portuguesa segue um rigoroso processo de revisão por pares (externos à revista). Os manuscritos recebidos serão enviados a peritos das diversas áreas, os quais deverão fazer os seus comentários, incluindo a sugestão de aceitação, aceitação condicionada a modificações ou rejeição.

Estipula-se para esse processo o seguinte plano temporal:

- Após a recepção do artigo, o Editor-Chefe, ou um dos Editores Associados, enviará o manuscrito a, no mínimo, dois revisores.
- No prazo de um mês, o revisor deverá responder ao editor indicando os seus comentários relativos ao manuscrito sujeito a revisão, e a sua sugestão de quanto à aceitação ou rejeição do trabalho.
- O Conselho Editorial tomará, num prazo de 15 dias, uma primeira decisão que poderá incluir a aceitação do artigo sem modificações, o envio dos comentários do(s) revisor(es) para que os Autores procedam de acordo com o indicado, ou a rejeição do artigo.
- Os Autores dispõem de um mês para submeter a nova versão revista do manuscrito, contemplando as modificações recomendadas pelos peritos e pelo Conselho Editorial.
- O Editor-Chefe ou um dos Editores Associados, dispõe de 15 dias para tomar a decisão de rejeitar o artigo na sua nova versão, aceitar o artigo na nova versão, ou submeter essa nova versão a um ou mais revisores externos, que poderão, ou não, coincidir com os que já fizeram a primeira revisão.
- Caso o manuscrito seja reenviado para revisão externa, os peritos dispõem de um mês para o envio dos seus comentários e da sua sugestão quanto à aceitação ou recusa para publicação do manuscrito.

Atendendo às sugestões dos revisores, o Editor Chefe poderá aceitar o artigo nesta nova versão, rejeitá-lo ou voltar a solicitar modificações. Neste último caso, os Autores dispõem de um mês para submeter uma versão revista, a qual poderá, caso o Editor Chefe assim o determine, voltar a passar por um processo de revisão por peritos externos.

No caso da aceitação, em qualquer das fases anteriores, a mesma será comunicada ao Autor principal. Num prazo inferior a um mês, o Conselho Editorial enviará o artigo para revisão dos Autores já com a formatação final, mas sem a numeração definitiva. Os Autores dispõem de 5 dias para a revisão do texto e comunicação de quaisquer erros tipográficos. Nesta fase, os Autores não podem fazer qualquer modificação de fundo ao artigo, fora das correcções de erros. Não são permitidas, nomeadamente, alterações a dados de tabelas ou gráficos, alterações de texto, etc.

Após a resposta dos Autores, ou na ausência de resposta, após o decurso dos 5 dias, o artigo considera-se concluído, e será disponibilizado como [ahead of print] no site da Acta Médica Portuguesa.

Quando recepcionarem a comunicação de aceitação, têm os autores que remeter de imediato, por correio o formulário de cedência de direitos que se encontra no site da AMP, devidamente preenchido e assinado por todos os autores.

Na fase de revisão de provas tipográficas, alterações de fundo aos artigos não serão aceites e poderão implicar a sua rejeição posterior por decisão do Editor.



### 3. FICHEIROS A SUBMETTER

A submissão de qualquer tipo de artigos à AMP deve ser feita exclusivamente por correio electrónico, seguindo com atenção as normas indicadas de seguida.

Deverão ser enviados num único correio electrónico apenas os seguintes ficheiros, utilizando estas designações no nome do ficheiro:

- Submissao
- Texto\_principal
- Figura (tantos ficheiros quantas as figuras)

No e-mail deverão os autores indicar caso não desejem ser incluídos na base de dados de revisores da AMP para futuros contactos.

#### NORMAS GERAIS

##### a) Submissão

O ficheiro «Submissao» tem que ser remetido através do preenchimento do formulário que se encontra disponível no site e que inclui o seguinte conteúdo:

- Folha de título
- Lista de autores
- Check List

##### - Folha de título

A Folha de Título deve indicar o tipo de artigo e a razão da submissão (a mais-valia resultante da respectiva publicação). O envio da folha de título implica a Declaração de Responsabilidade que certifica que o artigo não foi submetido a outra entidade e que todos os autores contribuíram de forma significativa para a sua elaboração. A Folha de Título confirma de forma inequívoca que todos os autores têm conhecimento da presente submissão e com ela concordam.

A Folha de Título contém o título do artigo, o tipo de artigo (ver os tipos de artigo permitidos pela AMP e respectivas normas), identificação do autor que ficará responsável pelo contacto com a revista e prestação de informações aos co-autores; deverá igualmente indicar e referir o número de palavras do artigo, o número de palavras do resumo, o número de referências, de tabelas e de figuras. Estas informações, incluindo a autoria, não podem ser referidas em mais nenhum local do artigo.

Título: o título do artigo (independentemente da sua tipologia) deve ser conciso e não deverá exceder os 120 caracteres. Não se aconselha a utilização de subtítulos. Deverá ser claramente identificativo do conteúdo do texto e não deverão utilizar-se títulos alegóricos ou metafóricos.

Agradecimentos: os agradecimentos deverão ser colocados apenas na folha de título. Caso a pesquisa tenha usufruído de patrocínios externos, este facto deverá ser referido nos agradecimentos. Caso tenha sido recebido financiamento público, deverá indicar-se a referência completa do projecto financiado.

Conflito de interesses: os autores deverão comunicar na folha de título a existência ou inexistência de laços financeiros/conflitos de interesse com a instituição que patrocinou a pesquisa. Caso não existam quaisquer conflitos, deverão incluir a seguinte afirmação: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse.

##### -Lista de autores

Inclui o nome e filiação profissional de todos os autores. A normalização dos nomes é essencial para a indexação nas bases de dados, especialmente nas estrangeiras.

Os autores deverão identificar-se sempre: com um nome (apenas um e apresentado em minúsculas), um segundo nome (opcional, mas apenas um e que deverá igualmente ser apresentado em minúsculas) e um apelido (que deverá ser escrito em maiúsculas).

Exemplo: João A. COSTA ou João António COSTA

Se o autor quiser utilizar dois apelidos (não se aceitarão mais do que dois apelidos), deverá colocar os dois em maiúsculas.

Exemplo: João A. COSTA SILVA ou João António COSTA SILVA

O uso de partículas no apelido (de, da, e) não é aconselhado. No entanto, se algum autor desejar utilizá-las, deverá considerá-las como parte do apelido e escrevê-las em maiúsculas.

Exemplo 1: João A. COSTA DA SILVA

Exemplo 2: João DA COSTA

**- Check List**

Deve preencher sempre a check list e submeter o artigo apenas quando cumpra todos os requisitos constantes da mesma.

**b) Texto principal**

Num ficheiro, chamado 'texto\_principal', que começa com o título do artigo (o mesmo título em português e em inglês), deverá ser enviado o resumo em português (máximo: 350 palavras), e a sua versão em inglês (tem que corresponder a uma tradução fidedigna do resumo em português), e o texto do artigo, sem figuras (que são enviadas à parte) mas incluindo, no final, as tabelas. A AMP não usa palavras-chave.

**Referências bibliográficas:** de acordo com as Normas para uniformização dos Manuscritos submetidos a Revistas Biomédicas do ICMJE, e seguindo o estilo da U.S. National Library of Medicine. As referências deverão numerar-se pela ordem de aparecimento no texto, e devem ser colocadas no fim do ficheiro texto\_principal pela mesma ordem da numeração. Não deverão ser incluídos na lista de referências quaisquer artigos ainda em preparação ou observações não publicadas, comunicações pessoais, etc., tais inclusões só são permitidas no corpo do artigo (ex: P. Andrade, comunicação pessoal).

**Legendas das figuras:** Após as referências bibliográficas, ainda no ficheiro «texto\_principal», envie uma legenda detalhada (sem abreviaturas) para cada figura, referencie a figura no texto e indique a sua localização aproximada no corpo do texto com o comentário "Inserir Figura nº 1... aqui".

**Tabelas:** É obrigatório o envio das tabelas a preto e branco no final do ficheiro «Texto\_principal». As tabelas devem ser elaboradas e submetidas em documento word, em formato de tabela simples (simple grid), sem utilização de tabuladores, nem modificações tipográficas. Todas as tabelas devem ser mencionadas no texto do artigo e devem ser numeradas pela ordem que surgem no texto. Indique a sua localização aproximada no corpo do texto com o comentário "Inserir Tabela nº 1... aqui". Neste caso os autores autorizam uma reorganização das tabelas caso seja necessário.

**Abreviaturas:** não é permitido o uso de abreviaturas idealizadas pelos autores, limitando-se o seu uso às abreviaturas comumente aceites na literatura biomédica (SIDA, OMS, etc.). As abreviaturas utilizadas devem ser objecto de especificação anterior.

**Símbolos e unidades de medida:** deverão utilizar-se as unidades incluídas no Sistema Internacional de Unidades (S.I. Units, the SI for Health Professions, WHO, 1977). Os números de um a dez devem ser escritos por extenso, excepto quando têm decimais ou se usam para unidades de medida. Números superiores a dez são escritas em algarismo, salvo no início de uma frase.

**c) Figuras**

Os ficheiros «figura» podem ser tantos quantas imagens tiver o artigo. Cada um destes elementos deverá ser submetido em ficheiro separado, obrigatoriamente em versão electrónica, pronto para publicação. As figuras (fotografias, desenhos e gráficos) não são aceites em ficheiros word.

As legendas têm que ser colocadas no ficheiro «texto\_principal».

Caso a figura esteja sujeita a direitos de autor, é responsabilidade dos autores do artigo adquirir esses direitos antes do envio do ficheiro à AMP.

Só são aceites imagens de doentes quando necessárias para a compreensão do artigo. Se for usada uma figura em que o doente seja identificável deve ser obtida e remetida à AMP a devida autorização.

- **Fotografias**

Devem ter uma das seguintes extensões: tiff, jpeg, psd. O tamanho dos ficheiros terá de ser no mínimo de 300 dpi's ao tamanho real da publicação (mínimo 80mm de largura – correspondente ao espaço de uma coluna).

- **Desenhos e gráficos**

Os desenhos e gráficos devem ser enviados com uma resolução mínima de 600 dpi. Estas figuras deverão ser enviadas preferencialmente numa das seguintes extensões: AI (adobe ilustrator), EPS, CDR (Corel Draw). As fontes devem ser transformadas em curvas ou enviadas à parte.

Permite-se o envio de desenhos e gráficos com extensão fotográfica (tiff, jpeg, psd). Neste tipo de ficheiro o tamanho terá de ser no mínimo 300 dpi ao tamanho real da publicação (largura mínima: 80 mm, correspondente a uma coluna), ou em PDF (de alta qualidade com as fontes embebidas ou convertidas em curvas).

Os gráficos poderão ser enviados em ficheiros Excel (no tamanho mínimo 9).



#### 4. TIPOS DE ARTIGO E REQUISITOS

##### **Editorial**

Artigo elaborado pelo Conselho Editorial da revista ou a convite do mesmo, sobre tema específico; Deve conter 1200 – 1500 palavras e um máximo de 15 - 20 referências bibliográficas e só pode conter 1 tabela ou 1 figura. Um Autor que pretenda submeter para publicação um editorial não solicitado deve entrar em contacto previamente com o Editor-Chefe.

##### **Perspectiva**

Artigos elaborados a convite do Conselho Editorial que podem cobrir grande diversidade de temas com interesse nos cuidados de saúde, problemas actuais ou emergentes, gestão e política de saúde, história da medicina, ligação à sociedade, etc. Um Autor que deseje propor um artigo desta categoria deverá remeter previamente ao Editor-Chefe o respectivo resumo, indicação dos autores e título do artigo para análise.

Deve conter no máximo 1200 palavras e um máximo de 10 referências bibliográficas e só pode conter 1 tabela ou 1 figura.

##### **Revisão**

Os artigos de revisão são elaborados a convite do Conselho Editorial. Um Autor que deseje propor a publicação de uma revisão não solicitada deverá remeter previamente à AMP o respectivo resumo, indicação dos autores e título para análise.

Os artigos de revisão seguem os mesmos processos editoriais e de peer-review que os artigos originais.

Uma revisão não pode exceder as 3500 palavras e não tem limite do número de referências, com um máximo de 5 tabelas ou figuras (total).

##### **Original**

Artigos originais não podem exceder as 4000 palavras, excluindo o resumo, um total máximo de 6 figuras ou tabelas, e até 60 referências.

Deve ser sempre subdividido em 5 secções:

##### **Introdução, Material e Métodos, Resultados, Discussão, e Conclusão.**

A **introdução** deve conter uma revisão do estado da arte que ajude a compreensão do estudo. No final da introdução, deverão ser declarados com clareza os objectivos do estudo.

**Métodos:** devem ser descritos de modo a que o leitor entenda como foi realizada a pesquisa. Em pesquisas com seres humanos, é necessário informar a existência de consentimento informado, e da submissão à Comissão de Ética para a investigação ou à Comissão de investigação da Instituição dos Autores.

**Resultados:** devem ser apresentados de maneira coerente e estar ligados aos objectivos e métodos anteriormente descritos.

**Discussão:** deve reiterar os principais resultados do trabalho, comentar aspectos negativos do mesmo, discutir e comparar a importância e implicações dos resultados e referir as limitações ao estudo encontradas pelos autores.

**Conclusão:** o autor deve abster-se de deduções ou inferências não baseadas nos resultados de seu estudo.

##### **Caso Clínico**

Breves relatórios que apresentam uma avaliação crítica de determinado percurso clínico nos quais se pretende realçar alguns elementos específicos como associações clínicas, relatórios de reacções adversas ou outras associações relevantes.

Os casos clínicos não podem ter mais de 3 autores. O texto não pode exceder as 750 palavras, ter um máximo de 1 tabela ou 1 figura e até 5 referências.

##### **Imagens em medicina**

Imagens de condições médicas. Estes artigos pretendem capturar a noção de potencial diagnóstico visual e de diversidade que os médicos experienciam na sua prática clínica.

Só são aceites fotografias originais, de alta qualidade, sem prévia publicação. Devem ser enviados dois ficheiros: um com a qualidade exigida para a publicação de imagens e outra que serve apenas para referência em que o topo da fotografia deve vir indicado com uma seta.

Deve incluir um título com um máximo de 8 palavras e um texto com um máximo de 150 palavras onde se dê informação clínica relevante, incluindo um breve resumo do historial do doente, dados laboratoriais relevantes, terapêutica, e condição actual. Não pode ter mais do que 3 autores e 5 referências.

Para informação sobre o envio de imagens digitais consultar as «Normas técnicas para a submissão de figuras, quadros ou fotografias»

### **Guidelines / Normas de Orientação**

As sociedades médicas ou os colégios das especialidades que desejem publicar na AMP recomendações de prática clínica, deverão contactar previamente o Conselho Editorial e submeter o texto completo e a versão para ser publicada. O Editor-Chefe poderá colocar como exigência a publicação exclusiva das recomendações na AMP.

Poderá ser acordada a publicação de uma versão resumida na edição impressa cumulativamente a a publicação da versão completa no site da AMP.

### **Cartas ao Editor**

Apresentação de comentários críticos sobre artigos publicados na AMP. Neste caso a carta só é aceite se enviada ao Editor em tempo de ser publicada numa das duas edições seguintes à da publicação do artigo e não pode exceder as 200 palavras.

Outros temas de investigação com interesse na área da medicina. Neste caso o texto não ultrapassará as 400 palavras.

Em qualquer dos casos, a contagem de palavras exclui o título, bibliografia, assinatura dos autores, tabela ou figura.

As cartas só poderão ter um máximo de 5 referências bibliográficas e uma tabela ou uma figura e só poderão ser assinadas por um máximo de 3 autores. Caso seja aplicável, as respostas dos autores devem ter as mesmas características.

### **Errata**

Após a publicação dos artigos (seja online, seja na versão impressa), apenas se efectuam alterações sob a forma de Errata, que incluirá indicação do URL do artigo.

Todos os tipos de artigo devem ser preparados de acordo com as normas internacionais do ICMJE. Artigos que não cumpram as normas editoriais serão recusados liminarmente pela redacção e não serão enviados para análise dos revisores.